



**Logo dell'Ambito Territoriale  
Sociale di**

---

## **Allegato “A” schema di regolamento per il funzionamento della Porta Unica d’Accesso (PUA).**

Il presente schema di regolamento ha natura vincolante e la sua approvazione da parte dell’ASReM e degli Ambiti sociali è condizione necessaria per il pieno riconoscimento degli atti conseguenti. La mancata adozione dei regolamenti entro 60 giorni dall’entrata in vigore delle presenti linee guida, comporterà l’attivazione dei poteri sostitutivi da parte della Regione Molise, con la nomina di un commissario ad acta.

### **Art. 1 – Definizione e obiettivi**

1. La “Porta Unica di Accesso” (PUA) è la funzione che garantisce l’accesso unitario al sistema integrato dei servizi sociosanitari e socio-assistenziali regionale.
2. La sua unitarietà richiama la non settorialità dell’accoglienza, l’unicità del trattamento dei dati ai fini della successiva valutazione e la necessità che tale livello organizzativo venga congiuntamente realizzato e gestito dai Comuni, associati in Ambiti sociali, e dell’ASReM, al fine di assicurare una responsabilità condivisa nella presa in carico successiva.
3. Obiettivo della PUA è la creazione di un “sistema di accoglienza della domanda” per consentire al cittadino di fruire dell’intera gamma di opportunità offerta dal sistema dei servizi e consentirgli quindi di percorrere, partendo da un solo punto di accesso al sistema dei servizi, l’intera rete dei servizi sociali e sanitari.

### **Art. 2 – Modalità operative e raccordo con i servizi di accesso territoriali**

1. La PUA opera con modalità idonee a promuovere la semplificazione nell’accesso per gli utenti, la garanzia per l’utente di un termine certo per la presa in carico, il migliore governo del caso e l’appropriatezza del sistema di risposte allestito. La PUA opera sia per il complesso dei servizi sociali, sia per i servizi sociosanitari.
2. L’attivazione di una “Porta Unica d’Accesso” (PUA) al sistema dei servizi sociali e sanitari è condizione indispensabile all’avvio del processo finalizzato alla realizzazione di un sistema unitario di prestazioni sociosanitarie e socioassistenziali.
3. La PUA esprime in maniera figurata il concetto di “ingresso” alla rete dei servizi; è costituita da tutti i punti di accesso ai servizi, sia sociali che sociosanitari esistenti, che compongono il c.d. *font office*, i quali operano in rete e afferiscono ad un unico back office, nel quale sono presenti operatori sia dell’Ambito sociale che del Distretto sanitario, competenti per territorio.
4. La PUA, nell’ambito dei servizi sociali comunali, va ad integrarsi con l’organizzazione dei servizi di accoglienza (Servizio di segretariato sociale) già organizzati in ciascun Ambito sociale, consentendo in tal modo l’accesso unificato a tutte le prestazioni socio-assistenziali e sociosanitarie previste dal Piano di Zona.
5. Nell’ambito dell’organizzazione del Distretto sanitario, la PUA si dovrà articolare organicamente con i diversi punti di accesso alla rete dei servizi sociosanitari distrettuali, attualmente esistenti: Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di libera scelta (PLS), punti di accesso del distrettuali e delle altre eventuali strutture sanitarie dipartimentali del territorio.
6. La PUA si configura, quindi, come un momento di raccordo funzionale tra le diverse unità periferiche e svolge i seguenti compiti:
  - orientamento, accoglienza e smistamento della domanda di servizi territoriali;

- istruttoria di tutte le richieste di assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale a gestione integrata, provenienti dai MMG/PLS, servizi territoriali e ospedalieri, uffici dei servizi sociali comunali) e dal diretto interessato;
- attivazione degli altri referenti territoriali competenti per un approfondimento della richiesta in via preliminare alla valutazione dell'UVM e per l'acquisizione della documentazione sanitaria e/o sociale occorrente a soddisfare la richiesta di assistenza;
- gestione dell'agenda dell'UVM, raccordo operativo delle attività di valutazione e verifica periodica.

### **Art. 3 – Destinatari**

I destinatari degli interventi di cui al presente regolamento sono tutti i cittadini e i soggetti in condizioni di bisogno sociale, sanitario, sociosanitario e/o patologico (minori, famiglie in difficoltà, anziani, disabili, soggetti psichiatrici, tossicodipendenti e alcolodipendenti, malati cronici, ecc.) che richiedono di accedere ai servizi socio-sanitari e socio-assistenziali del territorio del Distretto sanitario e dell'Ambito sociale di residenza dell'utente/paziente.

Per le persone residenti in altre regioni, ma domiciliate sanitarmente in Molise, l'accesso alla PUA è riservato per la sola erogazione dei servizi sociosanitari.

### **Art. 4 – Prestazioni sociosanitarie e socio- assistenziali**

1. L'assistenza sociosanitaria viene prestata alle persone con bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali.

2. Per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sociosanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è subordinata di norma alla valutazione multidimensionale e multidisciplinare del bisogno, alla definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e alla valutazione periodica dei risultati ottenuti.

3. Le prestazioni, per le quali si può accedere alla PUA, sono quelle socio-assistenziali previste dal Piano Sociale Regionale e dalla Legge regionale 5 maggio 2014, n. 13, nonché dal relativo regolamento attuativo, e quelle sociosanitarie previste dal DPCM 12 gennaio 2017 (Nuovi LEA), ovvero quelle nelle quali la componente sanitaria e sociale non risultano operativamente distinguibili.

4. Le prestazioni sociosanitarie possono essere fruite in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale, sono pertanto di competenza congiunta dell'ASReM e del Comune di residenza dell'assistito, associato in Ambito sociale, e sono tutte quelle riportate nel Capo IV "Assistenza sociosanitaria" del DPCM 12 gennaio 2017.

### **Art. 5 – Organizzazione**

1. La gestione della Porta Unica di Accesso è integrata: il Distretto sanitario i relativi comuni, associati in Ambito sociale, di residenza dell'utente partecipano con pari dignità e responsabilità, con modalità organizzative e procedurali condivise, con risorse umane e finanziarie congrue.

2. La sede istituzionale della PUA, è individuata presso il Distretto sanitario.

3. La PUA ha una struttura estremamente flessibile e articolata, coordina l'attività di tutti i punti di accesso diffusi sul territorio, tramite i quali è possibile accedere in modo rapido alle informazioni e alle prestazioni della rete dei servizi sociosanitari integrati presenti sul territorio stesso.

4. L'organizzazione del servizio è demandata al Distretto sanitario e all'Ufficio di Piano;

5. La PUA, nella sua sede centrale presso il Distretto sanitario dovrà garantire un orario di apertura al pubblico di almeno 5 giorni a settimana per almeno 3 ore al giorno, mentre nella sua ramificazione comunale, attraverso i punti unici d'accesso, dovrà garantire un'apertura di almeno un giorno a settimana per almeno un'ora al giorno. La PUA è accessibile sul territorio del Distretto sanitario/Ambito sociale in vari punti organizzati in modo omogeneo per operatività e funzioni.

6. I punti di accesso devono garantire la facile raggiungibilità e possedere adeguati requisiti strutturali e tecnologici per assicurare in termini efficienti ed efficaci lo svolgimento delle proprie funzioni. Nello specifico:

- 1) luoghi dedicati alle attività di **front office** in cui siano svolte le funzioni di accoglienza e ascolto del bisogno, dotati di strumenti idonei per la comunicazione telefonica e informatica, nonché per la raccolta e l'archiviazione delle informazioni;
- 2) spazi riservati per colloqui e prima valutazione del caso che consentano la riservatezza e il rispetto della privacy.

## Art. 6 – Organico della PUA

1. Presso la PUA opera personale del settore sociale e sanitario fornito dall'Ambito sociale e dal Distretto sanitario dell'ASReM, appositamente formato e con assegnazione alle attività di **front office** e/o di **back office**. Va comunque garantita anche la presenza di un operatore amministrativo posto **a carico dell'ASReM**.

2. Per le funzioni di **back office** erogate nei c.d. Punti Unici Territoriali, opererà personale con varie qualifiche, purché adeguatamente formato e a conoscenza della rete regionale dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari: la Regione, gli Ambiti sociali e l'ASReM saranno tenuti a formare detto personale e a garantirne il costante aggiornamento. Sono operatori della PUA tutti coloro che operano nei punti sociali e sanitari di accesso al sistema dei servizi integrati nonché coloro che, presso la sede del Distretto sanitario, lavorano nel back office della PUA.

3. Il back office della PUA è costituito da:

- un Assistente Sociale del Comune o dall'Ambito sociale, che interviene esclusivamente per situazioni di bisogno sociosanitario;
- una unità di personale amministrativo con conoscenze e competenze in materia informatica;
- un operatore dell'area sanitaria (almeno un infermiere appartenente all'unità organizzativa delle cure domiciliari del Distretto sanitario).
- Il medico dell'UO delle Cure domiciliari del Distretto sanitario.

Tale composizione minima può essere adeguatamente integrata, in relazione alle specifiche esigenze organizzative dei Distretti sanitari/Ambiti sociali.

## Art. 7 – Compiti e funzioni della PUA

1. La PUA svolge i seguenti compiti:

- a) informazione;
- b) analisi, orientamento della domanda e partecipazione alla programmazione dell'offerta;
- c) accoglimento di tutte le richieste di assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale a gestione integrata e registrazione delle istanze tramite protocollo dedicato;
- d) raccolta dei dati e della documentazione necessaria all'istruttoria della domanda di accesso alla rete dei servizi sociosanitari e socio-assistenziali;
- e) attivazione degli altri referenti territoriali competenti per un approfondimento della richiesta in via preliminare alla valutazione dell'UVM e per l'acquisizione della documentazione sanitaria e/o sociale occorrente a soddisfare la richiesta di assistenza;
- f) gestione delle procedure relative alle dimissioni protette;
- g) funzione di segreteria organizzativa, di gestione della agenda UVM (organizzazione del calendario dei lavori) e istruzione delle pratiche oggetto di valutazione.

2. Le informazioni raccolte dalla PUA a fini statistici e operativi, sono trattate e custodite nel rispetto della privacy.

3. La PUA, nella sua funzione **front office**, è deputata all'accoglimento delle richieste degli utenti (pazienti, caregiver, rete informale di segnalazione ...), effettuando una prima classificazione del bisogno manifestato in fase di contatto, secondo la seguente tipologia:

- a) **Bisogno sociale**: è un bisogno semplice che prevede la richieste di interventi per lo più codificati, che comporta l'attivazione di una segnalazione di tipo amministrativo o soltanto della valutazione dell'Assistente Sociale

competente per territorio (del Comune o dell'Ambito sociale). In tal caso l'assegnazione della richiesta avverrà, per il tramite del sistema informativo sociosanitario ASTER, all'Assistente sociale competente per territorio (del Comune o dell'Ambito sociale).

- b) **Bisogno sociosanitario:** è un bisogno semplice, che prevede l'inoltro della segnalazione, per il tramite del sistema informativo sociosanitario ASTER, per l'attivazione di cure domiciliari di livello molto basso e non programmate (estemporanee). Prevede l'attivazione della PUA **back office**.
- c) **Bisogno integrato sociosanitario:** è un bisogno sempre complesso che prevede l'invio della segnalazione in maniera obbligatoria sia alla PUA **back office**, sia all'Assistente sociale competente per territorio (del Comune o dell'Ambito sociale) e prevede, sempre, l'attivazione dell'UVM.
- d) **Bisogno manifesto di tipo diverso:** prevede la non registrazione dell'accesso alla PUA e la funzione di orientamento del cittadino verso altri servizi e strutture.

4. La PUA **front office**, soprattutto nelle sue articolazioni di punti unici territoriali, nel caso delle richieste di interventi socio-assistenziali di tipo "a domanda individuale", ovvero nei casi in cui l'intervento socio-assistenziale non prevede una componenti valutativa di tipo sociale professionale e/o multidimensionale, volge anche le funzioni di supporto alla compilazione della domanda e inoltra, attraverso il sistema informativo ASTER, una segnalazione, corredata della documentazione prevista, ai competenti uffici amministrativi dell'Ambito sociale o del Comune competente.

5. La PUA **back office**, riceve le segnalazioni inoltrate dal **front office** attraverso il sistema informativo sociosanitario ASTER e ne valuta la complessità. Quindi:

- 1. nei casi di cui al precedente comma 3.b (Bisogno sociosanitario) valuta ed eventualmente autorizza l'erogazione delle prestazioni sanitarie richieste;
- 2. nei casi di segnalazioni di cui al precedente comma 3.c, avvalendosi degli strumenti di valutazione multidimensionale di cui al successivo art. 9 del regolamento dell'UVM, procede all'analisi del bisogno dell'utente/paziente e definisce le prestazioni/interventi necessari a soddisfarli, quindi attiva e organizza l'agenda dell'UVM, producendo tutta la necessaria documentazione, sia sociale che sanitaria, necessaria alla decisione e, infine, tiene i rapporti con tutti gli attori sanitari e sociali che intervengono nella valutazione e nel soddisfacimento del bisogno dell'utente/paziente.

## Art. 8 – Modalità di accesso alle prestazioni

1. La richiesta di assistenza può essere avanzata, preferibilmente su apposito modello (schema A allegato al presente regolamento), dal diretto interessato, dalla famiglia, dalla rete informale territoriale composta dal vicinato, dal volontariato, ecc., ovvero dalla rete formale territoriale composta dal MMG, PLS, Servizio Sociale Professionale Comunale e Unità Operative distrettuali ed extradistrettuali, dai Dipartimenti e dai Presidi ospedalieri.

2. L'istanza può essere presentata presso tutti i punti di accesso del sistema che, dopo aver effettuato una istruttoria preliminare e valutata la completezza dell'istanza stessa, la trasmettono alla PUA **back office**, per il completamento e l'eventuale inoltro all'UVM.

3. Se la richiesta proviene dalla rete informale questa, a cura della PUA **back office**, dovrà comunque essere validata dal MMG o PLS dell'interessato. In caso di richiesta presentata direttamente dal MMG/PLS è necessario utilizzare il modello allegato B "Richiesta del MMG" anche in versione elettronica tramite il portale dedicato ai MMG/PLS del software sociosanitario ASTER.

4. La richiesta di assistenza (conforme al Modulo A allegato al presente regolamento) contiene in forma schematica, in modo da consentire l'elaborazione informatica, i seguenti elementi: dati anagrafici del cittadino, le prestazioni sociosanitarie e/o socio-assistenziali richieste, una eventuale dichiarazione di patologie presenti e la liberatoria sulla privacy.

5. Nei casi previsti dal comma 4 del precedente articolo 7, i modelli di accesso saranno di volta in volta specifici rispetto al tipo di prestazione/intervento socio-assistenziale richiesto. Sarà cura della Regione Molise aggiornare il sistema informativo per rendere questa funzione attivabile.

6. L'istanza, definita come segnalazione da parte della PUA *front office*, viene elaborata, entro massimo 3 giorni lavorativi dalla presentazione della stessa, da parte della PUA *back office*, la quale attiva la risposta della rete integrata dei servizi e degli interventi sociosanitari e socio-assistenziali regionale.

6. E' prevista l'istituzione di una PUA *front office* virtuale, che, per mezzo di un portale d'accesso dedicato al cittadino, raggiungibile sul web o attivabile presso postazioni fisiche pubbliche (totem, presso le farmacie, presso CAF, o associazioni di volontariato ...), consenta ai cittadini di presentare richiesta di servizi e/o interventi di natura sociosanitaria e/o socio-assistenziale in maniera autonoma o da casa. Le richieste inoltrate con tale modalità sono inviate alla PUA *front office* competente per territorio di residenza del destinatario (potenziale paziente/utente).

7. L'accesso al sistema dei servizi e degli interventi sociosanitari e/o socio-assistenziali è consentito anche direttamente attraverso la richiesta del medico di medicina generale che ha in dotazione un "portale" dedicato integrato con il sistema informativo ASTER che consenti direttamente l'inoltro della richiesta alla PUA *back office* competente. Detto portale è in comunicazione con il software assistiti del medico e dialoga con l'Anagrafe Regionale Assistenti istituita dalla Regione Molise (sistema tessera sanitaria).

## **Art. 8 - Formazione**

1. Le figure professionali impegnate nelle attività della PUA seguiranno uno specifico percorso formativo, preferibilmente integrato, a cura dell'ASReM, del Distretto sanitario e dell'Ambito sociale.

## **Art. 9 – Sistema informativo PUA**

1. Il sistema informativo sociosanitario regionale (ASTER) garantisce tutte le funzioni della PUA così come sancite nel presente regolamento.

2. Per contro, è fatto obbligo ad ogni operatore PUA di conoscere le modalità e le regole del sistema informativo ASTER e di utilizzarlo per l'inserimento e la gestione di tutte le richieste espresse sia in sede di punti unici che di PUA *front office* e all'utilizzo dei moduli di richiesta allegati al presente regolamento.

3. Il mancato utilizzo del sistema informativo è precisa responsabilità del Direttore del Distretto sanitario e dell'Ambito Sociale di riferimento.

4. Si richiama l'Obiettivo di Servizio del Piano Sociale Regionale 2015-2018 "Welfare d'Accesso", i cui meccanismi di finanziamento sono condizionati all'utilizzo del sistema informativo per la componente PUA.

## **Art. 10 Trattamento dei dati sensibili e supersensibili, privacy e segreto professionale**

1. Tutte le informazioni raccolte nell'ambito delle attività del sistema PUA, a fini statistici e/o operativi, sono trattate e custodite nel rispetto della privacy, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss. mm. e ii.

2. Tutti gli operatori impegnati nel sistema PUA, a prescindere dalla natura del rapporto di lavoro che intrattiene con l'ente pubblico titolare del servizio, Comune o ASReM, sono tenuti a rispettare le norme penali in merito al segreto d'ufficio (art. 326 del c.p.) e del segreto professionale (art. 622 del c.p.).

3. Il momento di "arruolamento" nel sistema PUA coincide con il loro censimento, attraverso la creazione di un account personale, nel sistema informativo sociosanitario regionale (ASTER). A tal fine si richiama il fatto che ciascun operatore viene, all'atto dell'iscrizione del sistema ASTER dotato di credenziali (nome utente e password) strettamente personali e profilato secondo il ruolo e la competenza territoriale in modo da consentirgli di operare sull'intero sistema regionale.

4. Da tale momento, tutte le operazioni (visione, lettura, scrittura, modifica e stampa) di qualsiasi informazione presente nel sistema viene registrata dal sistema stesso, in maniera non manipolabile e conservate a disposizione della Regione Molise, per un periodo non inferiore a 5 anni.

5. Ai sensi della normativa penale e civile vigente tutti gli operatori accreditati su tale sistema informativo sono tenuti al segreto d'ufficio e professionale e, quindi, ad utilizzare le informazioni presenti al solo scopo di erogare i servizi a loro affidati, con le conseguenze civili e penali che la normativa prevede e che qui si intende interamente richiamata.

6. Il divieto a diffondere informazioni coperte da segreto d'ufficio e/o segreto professionale non è invocabile nei confronti di altri operatori accreditati sul sistema informativo sociosanitario regionale e che, ai sensi delle presenti linee

guida, sono impegnati nell'erogazione dei servizi connessi al sistema PUA, richiamando i principi del buon andamento della pubblica amministrazione e di leale collaborazione tra pubbliche amministrazioni.

7. Tutte le richieste presentate ai punti unici territoriali del sistema PUA, o attraverso sistemi informatizzati autonomi della PUA (totem, portale, ecc.), devono essere corredate dal modulo di Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi del Art. 23 del D. Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e sottoscritto dal cittadino richiedente, direttamente interessato, o da suo rappresentante espressamente delegato.

8. In tal modo l'utente/paziente o suo delegato dichiara di aver letto e compreso le informazioni fornite a norma dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003 e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art 4, comma 1 lett. d) del citato decreto, vale a dire "i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofica, politico o sindacale, nonché i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale".

9. Inoltre, l'utente/paziente presta il libero, consapevole, informato e specifico consenso al trattamento, anche con strumenti informatici e/o telematici, dei dati personali e sensibili per fini diagnostico-terapeutici, limitatamente ai servizi sanitari richiesti e necessari alla tutela della propria salute, alla Piattaforma informatica regionale ASTER della Regione Molise, cui possono accedere gli operatori del sistema PUA (operatori di sportello, medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi) al fine di garantire l'erogazione dei servizi e degli interventi di natura socio-assistenziale e sociosanitaria di cui al presente regolamento, attinenti alla propria specifica patologia e/o condizione sociale, per i dovuti adempimenti amministrativi e per tutte le altre attività connesse, compresa la comunicazione dei dati nelle forme e nei modi consentiti dalla legge.

10. Infine, all'utente/paziente è rilasciata una dichiarazione, ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, contenente le seguenti affermazioni:

- a) i dati personali sono richiesti, raccolti e trattati per lo svolgimento delle specifiche funzioni istituzionali e nei limiti previsti dalla relativa normativa;
- b) l'accesso ai dati è consentito esclusivamente agli operatori del sistema PUA tramite un sistema di filtro costituito dalle credenziali richieste per l'accesso al sistema informativo sociosanitario regionale ASTER;
- c) la comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per i fini diagnostici, terapeutici e assistenziali;
- d) l'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196;
- e) il titolare dei dati trattati è la piattaforma ASTER, quindi la Regione Molise.

## **Art. 11 – Schemi allegati**

Sono allegati, come parte integrante e sostanziale del presente regolamento il modulo A di accesso alla PUA con la definizione della documentazione minima a corredo (liberatoria privacy) e il modulo B di richiesta da parte del MMG o dell'utente per prestazioni sociali, cure domiciliari, ricoveri in RSA o RP, ricovero in Hospice, ricovero struttura socio-assistenziale (casa di riposo), ricovero in strutture semiresidenziali sanitarie (Centri Diurni) o socio-assistenziali (in Centri Socio-educativi per Disabili) e definizione della documentazione minima a corredo (vedi privacy).

Non è consentita la modifica di detti modelli se non con provvedimento formale della Regione Molise.



Logo dell'Ambito Sociale

Alla PUA del Distretto sanitario di

\_\_\_\_\_ Ambito sociale di \_\_\_\_\_

<b>Il sottoscritto, codice fiscale _____, paziente/utente</b>	
Cognome	Nome
nato a	il
residente a	indirizzo
Tel/Cell	Referente/Caregiver

**rappresentato dal mio caregiver/delegato, come da delega allegata alla presente,**

Cognome	Nome
Grado parentela	il
domiciliato a	indirizzo
Tel/Cell	Convivente: <b>si</b>  _  <b>no</b>  _

**Esprime il seguente bisogno assistenziale:**

- a) Bisogno sanitario semplice: *(breve descrizione)*  
\_\_\_\_\_ )  
;
- b) Bisogno socio-assistenziale semplice: *(breve descrizione)*  
\_\_\_\_\_ )  
;
- c) Bisogno sociosanitario integrato: *(breve descrizione)*  
\_\_\_\_\_ )  
;
- d) Accesso ad agevolazioni sociali a “domanda individuale”, che non necessitano di “presa in carico” e valutazione multidimensionale (es. bonus acqua – luce - gas, case popolari, rimborso affitto, rimborso libri di testo ...)  
\_\_\_\_\_ ).

**Pertanto, chiede di accedere ai seguenti servizi, prestazioni o interventi:**

nei casi di cui ai punti a) e c) inviare la segnalazione all'MMG e invitare l'utente a recarsi dal proprio medico di famiglia;

per i casi di cui ai precedenti punti b) e d), indicare le prestazioni e/o gli interventi di natura socio-assistenziale necessari per il paziente/utente e l'eventuale nucleo familiare interessato (es. assistenza domiciliare sociale, assistenza tutelare, supporto economico, ricovero in casa di riposo, Telesoccorso/Teleassistenza, ...)

--

Luogo data \_\_\_\_\_

Il Paziente/Caregiver

---



**(D. Lgvo 30/06/2003 n. 196) CONSENSO INFORMATO ALL'ATTO MEDICO E ALLE PRESTAZIONI CONNESSE**

Ai sensi del D. Lgvo 30/06/2003, n. 196, che prevede la tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarla che i dati personali raccolti a seguito della domanda di erogazione della prestazione verranno trattati secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza stabiliti dalla vigente normativa, tutelando la Sua riservatezza ed i Suoi diritti.

I dati sono trattati nell'ambito dei compiti istituzionali dell'Ente, per le altre finalità connesse all'adempimento degli obblighi previsti da leggi, da regolamenti.

Il trattamento dei dati personali avviene con l'ausilio di mezzi manuali ed informatici, con modalità correlate alle finalità stesse, e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati medesimi nel rispetto delle disposizioni contenute nei D. Lgvi 11/05/99 n. 135 e 30/07/99 n. 282 e nel Provvedimento 29/09/99 del Garante per la protezione dei dati personali.

Si fa presente che il conferimento dei dati sensibili è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità dell'espletamento dei relativi adempimenti e dell'esercizio dei connessi diritti ed obblighi.

GENERALITA'DELL'ASSISTITO

Cognome e nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio attuale \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

REFERENTE

Cognome e nome \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

Domicilio attuale \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Ai sensi del D.L.gvo 30/06/2003, n. 196, ed acquisite le informazioni di cui alla stessa disposizione normativa, sono a conoscenza che i dati che mi riguardano mi rendono identificabile, sono stato edotto sulla utilizzazione dei dati personali sanitari, autorizzo e consento espressamente, liberamente e consapevolmente a che i dati raccolti ed in particolare quelli considerati sensibili dalla legge possono costituire oggetto di trattamento per le finalità indicate nella presente informativa. Acconsento inoltre, ove necessario, alla comunicazione a terzi ex art. 20, e comunque per le finalità relative alla erogazione delle prestazioni richieste.

Data \_\_\_\_\_

Firma paziente o familiare \_\_\_\_\_

**Modulo B – richiesta MMG**



**Logo dell'Ambito Sociale**

Alla PUA del Distretto sanitario di

\_\_\_\_\_

Ambito sociale di \_\_\_\_\_

**Richiesta di (barrare le caselle interessate):**

- Assistenza Domiciliare Estemporanea
- Assistenza Domiciliare integrata
- Assistenza Domiciliare programmata del MMG
- Assistenza Domiciliare sociale
- Assistenza Domiciliare disabili
- Ricovero in Hospice
- Accoglienza in Centro diurno socio-educativo per disabile
- Ricovero in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) per anziani o disabili (RSD)
- Ricovero in struttura residenziale assistenziale (per anziani o disabili)
- Altri interventi di natura socio-assistenziale
- Assistenza presso Centri Diurni per disabili
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Codice fiscale _____ del paziente/utente	
Cognome	Nome
nato a	il
residente a	indirizzo
Tel/Cell	Referente/Caregiver

**PATOLOGIE PRINCIPALI CHE CONCORRONO A DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA**

	Descrizione della patologia	Codice ICD9
Prima patologia		____
1° patologia concomitante		____
2° patologia concomitante		____

**VALUTAZIONE SINTETICA DELLE DELLA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA**

	Valutazione e punteggio		
<b>Situazione Cognitiva</b>	<input type="checkbox"/> 1 Lucido	<input type="checkbox"/> 2 Confuso	<input type="checkbox"/> 3 Molto confuso, stuporoso
<b>Problemi comportamentali</b>	<input type="checkbox"/> 1 Assenti/Lievi	<input type="checkbox"/> 2 Moderati	<input type="checkbox"/> 3 Gravi
<b>Situazione Funzionale</b>	<input type="checkbox"/> 1 Autonomo o quasi	<input type="checkbox"/> 2 Dipendente	<input type="checkbox"/> 3 Totalmente dipendente
<b>Grado di Autonomia</b>	<input type="checkbox"/> 1 Si sposta da solo	<input type="checkbox"/> 2 Si sposta assistito	<input type="checkbox"/> 3 Non si sposta
<b>Supporto rete sociale</b>	<input type="checkbox"/> 1 Ben assistito	<input type="checkbox"/> 2 Parzialmente assistito	<input type="checkbox"/> 3 Non assistito
<b>Necessità assistenza sanitaria</b>	<input type="checkbox"/> 1 Bassa	<input type="checkbox"/> 2 Intermedia	<input type="checkbox"/> 3 Elevata

**TOTALE PUNTEGGIO** \_\_\_\_

## Modulo B – richiesta MMG

### ELEMENTI DI VALUTAZIONE

#### Impossibilità a raggiungere lo studio del Medico per:

<input type="checkbox"/>	<b>Impossibilità permanente a deambulare</b>		
<input type="checkbox"/>	Impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con i comuni mezzi a causa di:		
	<input type="checkbox"/> Non autosufficienza (in possesso di certificazione L. 104/1992 e/o indennità di accompagnamento)	<input type="checkbox"/> Abitazione in piano alto e senza ascensore	<input type="checkbox"/> Altro ( specificare ):
<input type="checkbox"/>	Impossibilità ad essere trasportato per gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico ( allegato G/H dell'ACN ) :		

#### Bisogni assistenziali rilevati

Autonomia	Riabilitazione	Apparato respiratorio
<input type="radio"/> Autonomo	<input type="radio"/> Nessuna Riabilitazione	<input type="radio"/> Normale
<input type="radio"/> Parzialmente autonomo	<input type="radio"/> Riabilitazione Neurologica	<input type="radio"/> Tosse e secrezioni(aspirazione)
<input type="radio"/> Totalmente dipendente	<input type="radio"/> Afasia	<input type="radio"/> Ossigenoterapia
<input type="radio"/> Stato vegetativo	<input type="radio"/> Riabilitazione Ortopedica	<input type="radio"/> Ventiloterapia
		<input type="radio"/> Tracheostomia
Stato nutrizionale	Comportamento	Ritmo sonno/veglia
<input type="radio"/> Normale	<input type="radio"/> Normale	<input type="radio"/> Ritmo sonno/veglia alterato _____
<input type="radio"/> Dimagrimento	<input type="radio"/> Disturbo cognitivo moderato	<input type="radio"/> Rishio infettivo personale
<input type="radio"/> Disidratazione	<input type="radio"/> Disturbo cognitivo grave	<input type="radio"/> Febbre
<input type="radio"/> Nutrizione/disfagia _____	<input type="radio"/> Disturbo comportamentale (BPSD)	
	<input type="radio"/> Condizioni di salute psichiatrica	
Apparato gastrointestinale	Apparato genito urinario	Apparato tegumentario
<input type="radio"/> Normale	<input type="radio"/> Normale	<input type="radio"/> Normale
<input type="radio"/> Incontinenza fecale _____	<input type="radio"/> Incontinenza urinaria	<input type="radio"/> Ulcere cutanee 1° e 2° Grado
<input type="radio"/> Vomito	<input type="radio"/> Cateterismo vescicale	<input type="radio"/> Ulcere cutanee 3° e 4° Grado
<input type="radio"/> Sanguinamento gastrointestinale	<input type="radio"/> Urostomia	<input type="radio"/> Stato più grave di ulcera - non stadiabile
<input type="radio"/> Stomia	<input type="radio"/> Ematuria	<input type="radio"/> Cura della ferita
<input type="radio"/> Stipsi	<input type="radio"/> Dialisi	<input type="radio"/> Altri problemi cutanei
<input type="radio"/> Diarrea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Lacerazioni o tagli non chirurgici
Oncologico/terminale	Prestazioni	
<input type="radio"/> Non oncologico/non terminale	<input type="radio"/> Prelievo venoso non occasionale	
<input type="radio"/> Terminalità non oncologica	<input type="radio"/> ECG	
<input type="radio"/> Terminalità oncologica	<input type="radio"/> Telemetria	
<input type="radio"/> Oncologico	<input type="radio"/> Trasfusioni	
<input type="radio"/> Chemioterapia	<input type="radio"/> Terapia Endovenosa	
<input type="radio"/> Radioterapia	<input type="radio"/> Terapia intramuscolo/sottocutanea	
<input type="radio"/> Dolore presente _____	<input type="radio"/> Gestione CVC	

**Modulo B – richiesta MMG****Piano Assistenziale proposto**

<b>Figura professionale</b>	<b>n. accessi settimanali</b>	<b>Periodo dal ____ al ____</b>
Medico specialista (indicare specialità medica)		
Infermiere professionale		
Fisioterapista/Logopedista/Terapista occupazionale		
Psicologo		
Operatore socio-sanitario (OSS)		

**Bisogni socio-assistenziali rilevati.**

Indicare le prestazioni e/o gli interventi di natura socio-assistenziale necessari per il paziente/utente e l'eventuale nucleo familiare interessato (*es. assistenza domiciliare sociale, assistenza tutelare, supporto economico, ricovero in casa di riposo, Telesoccorso/Teleassistenza, ...*)

Luogo data \_\_\_\_\_

Il Medico  
(timbro e firma)

\_\_\_\_\_

## Modulo B – richiesta MMG

### (D. Lgvo 30/06/2003 n. 196) CONSENSO INFORMATO ALL'ATTO MEDICO E ALLE PRESTAZIONI CONNESSE

Ai sensi del D. Lgvo 30/06/2003, n. 196, che prevede la tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarla che i dati personali raccolti a seguito della domanda di erogazione della prestazione verranno trattati secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza stabiliti dalla vigente normativa, tutelando la Sua riservatezza ed i Suoi diritti.

I dati sono trattati nell'ambito dei compiti istituzionali dell'Ente, per le altre finalità connesse all'adempimento degli obblighi previsti da leggi, da regolamenti.

Il trattamento dei dati personali avviene con l'ausilio di mezzi manuali ed informatici, con modalità correlate alle finalità stesse, e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati medesimi nel rispetto delle disposizioni contenute nei D. Lgvi 11/05/99 n. 135 e 30/07/99 n. 282 e nel Provvedimento 29/09/99 del Garante per la protezione dei dati personali.

Si fa presente che il conferimento dei dati sensibili è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità dell'espletamento dei relativi adempimenti e dell'esercizio dei connessi diritti ed obblighi.

#### GENERALITA'DELL'ASSISTITO

Cognome e nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio attuale \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

#### REFERENTE

Cognome e nome \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

Domicilio attuale \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Ai sensi del D.L.gvo 30/06/2003, n. 196, ed acquisite le informazioni di cui alla stessa disposizione normativa, sono a conoscenza che i dati che mi riguardano mi rendono identificabile, sono stato edotto sulla utilizzazione dei dati personali sanitari, autorizzo e consento espressamente, liberamente e consapevolmente a che i dati raccolti ed in particolare quelli considerati sensibili dalla legge possono costituire oggetto di trattamento per le finalità indicate nella presente informativa. Acconsento inoltre, ove necessario, alla comunicazione a terzi ex art. 20, e comunque per le finalità relative alla erogazione delle prestazioni richieste.

Data \_\_\_\_\_

Firma paziente o familiare \_\_\_\_\_

## Modulo B – richiesta MMG

### MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ESECUZIONE DI MANOVRE INVASIVE

Il sottoscritto/a, \_\_\_\_\_ in qualità di tutore del paziente: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ dichiara di essere stato informato in modo chiaro e comprensibile dal Dott \_\_\_\_\_ che per la patologia riscontrata \_\_\_\_\_

è opportuna l'esecuzione delle seguenti manovre invasive: \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere stato/a informato/a sul tipo di trattamento cui verrò sottoposto e sugli effetti collaterali ad esso collegati. Di tutto quanto prospettato mi sono stati spiegati gli

- obiettivi
- benefici,
- eventuali rischi e le prevedibili conseguenze.

Sono comunque consapevole che saranno prese tutte le misure preventive per evitare l'insorgenza degli effetti collaterali legati alla manovra e che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile di un danno grave alla mia persona, verranno poste in essere tutte le pratiche ritenute idonee a scongiurare tale pericolo.

Ciò premesso, acconsento/non acconsento al trattamento proposto

Firma leggibile del degente/dell'esercente la patria potestà \_\_\_\_\_

Firma leggibile del medico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

### MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO AL POSIZIONAMENTO DI SISTEMI VENOSI CENTRALI

Il sottoscritto/a, \_\_\_\_\_ in qualità di tutore del paziente : Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ dichiara di essere stato informato in modo chiaro e comprensibile dal Dott \_\_\_\_\_ che per la patologia riscontrata \_\_\_\_\_ **è opportuno l'impianto di un sistema venoso centrale parzialmente impiantabile.**

Dichiaro di essere stato informato/a sul tipo di tecnica cui verrò sottoposto/a e sulle eventuali complicanze ad essa collegate che consistono in: pneumotorace, emotorace, idrotorace, embolia gassosa, lesioni neurologiche/arteriose.

Di tutto quanto prospettato mi sono stati spiegati:

- obiettivi
- benefici,
- eventuali rischi e le prevedibili conseguenze.

Sono comunque consapevole che saranno prese tutte le misure preventive per evitare l'insorgenza di complicanze legate a tale tecnica e che presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile di un danno grave alla mia persona, verranno poste in essere tutte le pratiche ritenute idonee a scongiurare tale pericolo.

Ciò premesso, acconsento/non acconsento al trattamento proposto

Firma leggibile del degente/dell'esercente la patria potestà \_\_\_\_\_

Firma leggibile del medico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_